

неінфекційних захворювань, діагностованих у процесі обстеження хворих, неясними лихоманками найбільш часто реєструвалися захворювання нирок (4 – 14,4 %), пневмонія (4 – 14,3 %), гепатохолецистит (4 – 14,3 %), у поодиноких випадках діагностувалися сакроілеїт, бактеріальний ендокардит і гнійний лімфаденіт (по 1 – 3,6 %).

Слід зазначити, що схожість патогенезу інфекційної й неінфекційної гарячок призводить до значних труднощів при проведенні диференціальної діагностики. Остання повинна проводитися на підставі даних анамнезу, клінічної картини захворювання з урахуванням епідеміологічного анамнезу. Лабораторне обстеження надає вагому допомогу в підтвердженні діагнозу.

- Отже, на підставі вищенаведеного можна зробити висновки:
- діагноз ГНГ найчастіше встановлюється передчасно й необґрунтовано;
  - хворі направляються в стаціонар без проведення належного обстеження;
  - після обстеження в умовах стаціонару СОКІЛ тільки в 46,4 % хворих були виявлені інфекційні захворювання.

**І.Е. Гайворонська**  
**СІМЕЙНИЙ ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ НА**  
**ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В**  
**Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня**  
**ім. З.Й.Красовицького**

З листопада 2004 року на диспансерному обліку перебуває 21 хворий на хронічний вірусний гепатит В (ХВГ В) з одного сімейного осередка, у т. ч. 14 % - у стадії інтеграції, 86 % - у реплікативній. Всього обстежено 24 особи віком від 2 до 39 років; 54 % склали діти. Троє (12,5 %) дорослих при неодноразовому обстеженні мали негативні результати ІФА (HBs Ag негативний) та ПЛР (ДНК-НВВ негативний), але

хворіли на хронічний гепатит, холецистит та дискінезію ЖВШ за гіпокінетичним типом.

Треба відзначити, що в 74 % випадків парентеральний анамнез був відсутній і тільки у 2 хворих було оперативне втручання з трансфузією крові та її препаратів. Ніхто із загальної кількості цих осіб не хворів на гострий вірусний гепатит В (в одному випадку в анамнезі був перенесений ГВГ А). При початковому обстеженні виявлений HBs Ag позитивний 66,6 %, який у подальшому підтверджений позитивними результатами ПЛР у 62 % випадків. У 33,3 % (з 62 % позитивних результатів ПЛР) після проведеного лікування ДНК-НВВ негативний, 95,5 % хворих мали мінімальний ступінь активності гепатиту; 9,5 % (2 дітей) – помірну.

У біохімічному аналізі крові підвищена активність трансаміназ у 2-3 рази спостерігалася в 20,8 % випадків.

У 100 % при УЗД органів черевної порожнини ознаки хронічного гепатиту, холециститу та дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпокінетичним типом.

У лікуванні ХВГ В з мінімальним ступенем активності використовувалася антигомотоксична терапія (енгістол, лімфоміозот, ехінацея композитум та гепар композитум), а також циклоферон в/м та аміксин курсами від 3 до 6 місяців. Діти з помірною активністю гепатиту спочатку приймали зефікс (ламівудин) 100 мг на добу, однак з урахуванням, що після 6 місяців терапії концентрація ДНК-НВВ в ПЛР  $10^3$ - $10^4$ , тому противірусна терапія була посилена інтроном А 10 млн. ОД 3 рази на тиждень. Зараз ці діти перебувають під спостереженням і продовжують лікування.

#### Висновки:

- 1 При виявленні позитивних маркерів вірусних гепатитів у хворого необхідно обов'язково обстежити членів сім'ї.
- 2 При підозрі на ХВГ (за наявності парентерального анамнезу та контакту з хворим) при негативних результатах ІФА – необхідно досліджувати кров методом ПЛР.
- 3 Хворі на ХВГ В, особливо діти, повинні постійно бути під диспансерним наглядом.

4 При негативних результатах обстеження слід обов'язково проводити щеплення членів сім'ї хворого на ХВГ В.

**В.М. Голубнича**

## **ЧУТЛИВІСТЬ ГРИБІВ РОДУ CANDIDA, ВИДІЛЕНИХ ВІД ВАГІТНИХ ЖІНОК, ДО ОСНОВНИХ ПРОТИГРИБКОВИХ ПРЕПАРАТІВ**

**Сумський державний університет**

Останнім часом проблема вагінального кандидозу у вагітних стає все більш актуальною. Це пов'язано насамперед із зростанням поширеності кандидозу та кандидоносійства серед вагітних та збільшенням штамів, не чутливих до основних антимікотичних препаратів. Метою нашого дослідження було визначення чутливості у грибів роду *Candida* до протигрибкових препаратів та порівняння отриманих результатів із існуючими даними. Обстеженню підлягали вагітні жінки, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні патології вагітності Сумського обласного клінічного пологового будинку № 2. Стерильним стандартним ватним тампоном робили змиви із ротової порожнини, шкіри молочних залоз та піхви, переносили тампон у пробірку з 5 мл пивного сусла. Потім протягом 2 годин проводили висів на 2 чашки Сабуро-агару та інкубували протягом 48-72 годин одну чашку при 28°C а іншу – при 37°C. Потім проводили підрахунок колоній грибів. Наявність більше чим  $1 \cdot 10^4$  КУО/мл/тампон, при відповідній клінічній картині, розцінювали як захворювання, а меншу кількість вважали ознакою кандидоносійства. Видову ідентифікацію проводили за допомогою тест-систем *Api-candida* виробництва Біомер'є (Франція). Чутливість до протигрибкових препаратів визначали методом паперових дисків, виготовлених інститутом антибіотиків (Санкт-Петербург).

Нами було обстежено 108 вагітних жінок в I, II, III триместрах вагітності та жінок у перші 3-5 діб після пологів на

